

**Erhebungsbogen zum Antrag**  
**auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis**  
**im Gebiet**

**Augenheilkunde**

---

A. **UMFANG DER BEFUGNIS**

Beantragt wird die Befugnis zur Weiterbildung im zeitlichen Umfang von  
\_\_\_\_\_ (Angabe in Monaten)

B. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Kassenarztnummer: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde:  
seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung):

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

niedergelassen in  Voll-  Teilzeittätigkeit als:  
Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

seit: \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die beantragte Qualifikation zur Weiterbildung befugt ?

Ja /  Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zeitlicher Umfang \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_

**C. ANGABEN ZUR PRAXIS:**

**1. Praxisform**

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft

Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)<sup>1</sup>

Anzahl der Partner und Nennung der Namen \_\_\_\_\_

ggf. andere Formen der gemeinsamen Praxisausübung

z.B. Praxisnetz, Partnerschaftsgesellschaft

**2. Räumliche Ausstattung**

Größe der Praxis in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Gesamtzahl der Räume: \_\_\_\_\_

davon: \_\_\_\_\_

Behandlungsräume

Funktionsräume

sonstige Räume

Arbeits-/Untersuchungszimmer für WB-Assistenten  Ja /  Nein

**3. Apparative Ausstattung der Praxis:**

Bitte genaue Angaben zur apparativen Ausstattung als **ANLAGE 1** beifügen !

**4. Personelle Ausstattung (Bitte Anzahl angeben)**

a) Ärztinnen / Ärzte davon Fachärzte

davon \_\_\_\_\_

Vollzeit / Teilzeit

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

davon \_\_\_\_\_

Vollzeit / Teilzeit

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) Medizinisches Assistenzpersonal

	Medizinische Fachangestellte	MTA / MTRA	Krankenschwestern	Sonstige (bitte nennen)
<b>Vollzeit:</b>				
<b>Teilzeit:</b>				

<sup>1</sup> Bei der Tätigkeit in einem MVZ muss sichergestellt werden, dass der zur Weiterbildung befugte Arzt in jedem Fall weisungsbefugt gegenüber dem Weiterbildungsassistenten ist. Bitte fügen Sie diesem Antrag eine entsprechende Bestätigung als gesonderte **ANLAGE** bei.

**5. Umfang der Patientenversorgung***Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal:***DER EINZELPRAXIS**

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

**DER GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

davon entf. a. d. Antragsteller/ stellerin

Kassenpatienten: \_\_\_\_\_

Privatpatienten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Angaben zum Leistungsspektrum der Praxis**

Bitte fügen Sie eine aktuelle **Einzelleistungs-Statistik** der **Honorarabrechnung** der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bei !

**7. Fachliche Schwerpunkte des/der Antragstellers/-stellerin**

Bitte auf **ANLAGE 2** vermerken.

**8. Möglichkeiten zur Fachinformation**

Bitte auf **ANLAGE 3** vermerken.

**D. PERSÖNLICHE UND FACHLICHE EIGNUNG:****9. Lehrtätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in den letzten 5 Jahren** Ja \* Nein

\* Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

**10. Fortbildungsnachweis der letzten 2 Jahre**

Bitte **Punktekontoauszug der Fortbildungsakademie** als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

**11. Teilnahme an Qualitätszirkeln:** Nein Ja (welche:)

---

---

---

**12. Beruflicher Werdegang**

Bitte als **ANLAGE 4** beifügen.

**13. Strukturierter Weiterbildungsplan**

Bitte als **gesonderte ANLAGE** beifügen.

**14. Wie wird die Weiterbildung – unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 2 – dokumentiert ?**

- in Form des Logbuches  
 in Form eines eigenen Dokumentationssystems

**E. BELEGARZTTÄTIGKEIT / KONSILIARTÄTIGKEIT / HEIMARZTTÄTIGKEIT:**

Nein

Ja

**Name des Krankenhauses / des Heimes:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bettenzahl  
\_\_\_\_\_ Behandlungsfälle pro Jahr  
\_\_\_\_\_ Zeitlicher Umfang der beleg-/konsiliarärztlichen Tätigkeit  
(Bitte Prozentsatz der Gesamtarbeitszeit angeben)

**F. ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE BERUFGENOSSENSCHAFT:**

Nein

Ja

Hamburg, den: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

**ANLAGE 1**

Augenheilkunde

**ANGABEN ZUR FACHSPEZIFISCHEN AUSSTATTUNG DER PRAXIS:**  
(aufgeschlüsselt nach dem Umfang der beantragten Befugnis)

Methoden / Untersuchungsverfahren	Gerätetyp
<b>12 Monate</b>	
Perimetrie	
vergrößernde Sehhilfen/optisches Systeme	
Pleoptik	
Orthoptik	
sonstige Einrichtungen:	
<b>24 Monate</b>	
Sonographie	
Anomaloskop	
Elektrophysiologische Methoden	
Perimetrie	
vergrößernde Sehhilfen/optische Systeme	
Fluoreszenzangiographie	
Pleoptik	
Orthoptik	
Laser	
operative Tätigkeit (z.B. kleine Lidchirurgie)	
sonstige Einrichtungen:	
<b>36 Monate</b>	
Sonographie	
Anomaloskop	
Perimetrie	
vergrößernde Sehhilfen	
Fluoreszenzangiographie	
Pleoptik	
Orthoptik	
Laser	
operative Tätigkeit (z.B. kleine Lidchirurgie)	
operative Tätigkeit am vorderen Abschnitt des Bulbus	
sonstige Einrichtungen:	

---

 Unterschrift/Stempel  
 des/derAntragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 2**

### **Detaillierte Angaben zu den fachlichen Schwerpunkten des/der Antragstellers/-stellerin**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## ANLAGE 3

### Möglichkeiten zur Fachinformation

1) Angaben zur Bibliothek:

Ihre Angaben beziehen sich auf

Online-Medien  vor Ort einsehbare Medien

Fachzeitschriften des Gebietes, und zwar

International anerkannte Fachzeitschrift: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Fachbücher des Gebietes, und zwar

---

---

---

---

---

2) Zugang zu Datennetzen:

Ja  Nein

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin

## **ANLAGE 4**

### **Beruflicher Werdegang**

1. Ärztliche Ausbildung
  
2. AiP-Ausbildung
  
3. Fachärztliche Weiterbildung
  
4. Zusatzqualifizierungen
  
5. Ärztliche Tätigkeiten im Ausland
  
6. Forschung und Lehre  
(ggf. Liste der Publikationen beifügen)

---

Unterschrift/Stempel  
des/derAntragstellers/-stellerin